

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

THÈSE

1243

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Danielle, Thérèse FAYARD née COTTIN

le 24 Octobre 1934 à Neuilly s/Seine (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 1962

LES SARCOMES PRIMITIFS DU MESENTERE PROPREMENT-DIT.

A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS.

Président : Mr. M. ROUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Danielle, Thérèse FAYARD née COTTIN

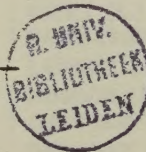
le 24 Octobre 1934 à Neuilly s/Seine (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES SARCOMES PRIMITIFS DU MESENTERE PROPREMENT-DIT.

A PROPOS DE SIX OBSERVATIONS.



Président : Mr. M. ROUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Jean VERNE
2^e ASSESSEUR } Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNÉ (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (G.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucléaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale prophébutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale		DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		GOUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{	BOUR (H.)
		LHERMITTE (F.)
		PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (G.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique . . .	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. & ch. ABELANET (R.) BUSSET (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORSEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU H. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUIH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports . . .	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie . . .	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. & ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. & ch. BLANCHER (G.) CORRE-NURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (R.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. & ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (G.)
Neuro-chirurgie	PERTUISSET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) TROYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

MM^{es}.

Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie . . .	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale . . .	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GUTHRIE-VILLARS GERMAIN (A.) LATASSE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale . .	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSANNE (E.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LEBORE (R.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.) JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICHELLI (F.) POLOHOVSKI (G.) ROBBER (A.) VIALATTE (J.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	GERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) ANFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

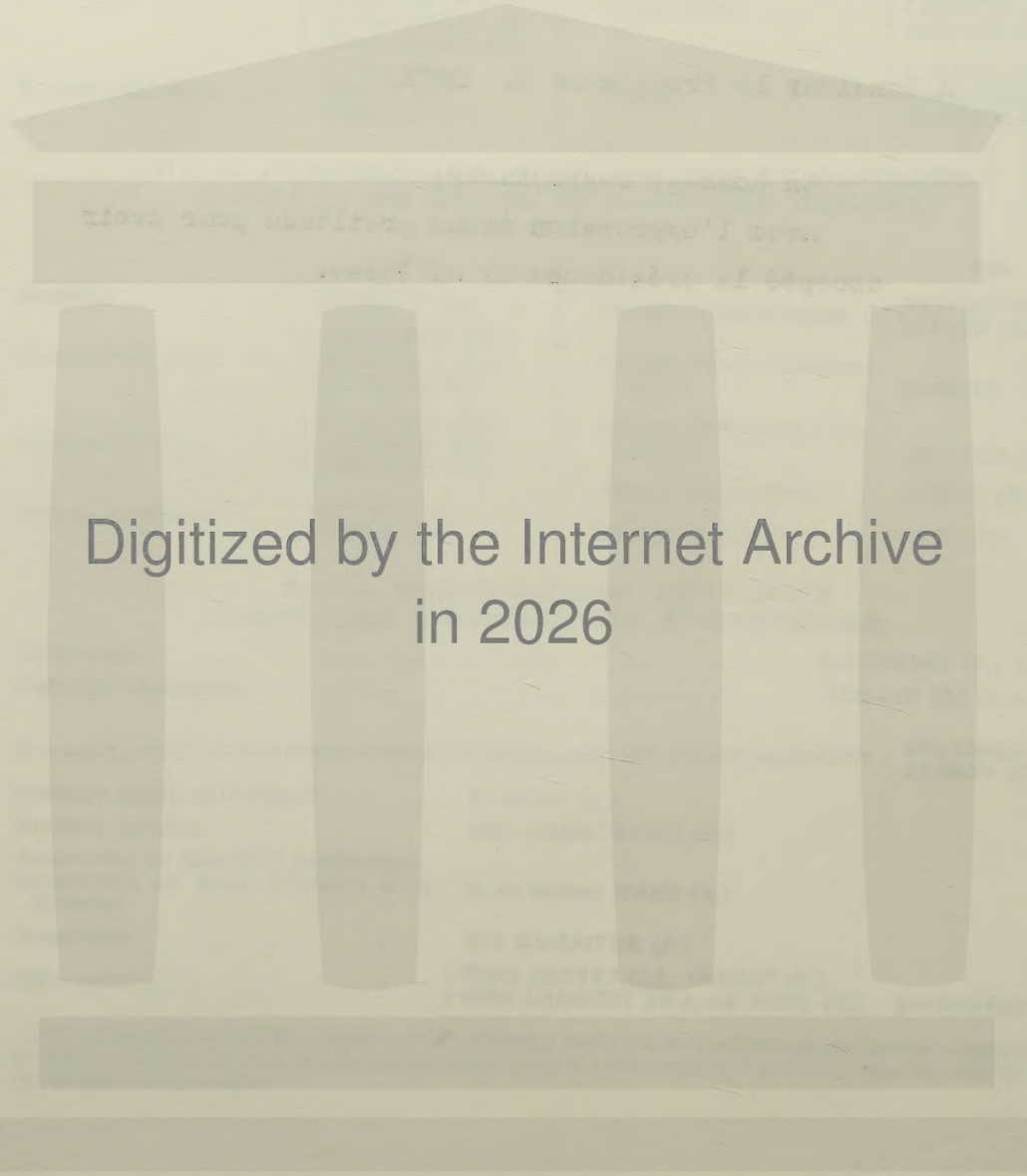
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur M. ROUX

En hommage respectueux;

Avec l'expression de ma gratitude pour avoir
accepté la présidence de ma thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543711_0044

A Monsieur le Docteur P. HILLETAND

qu'il reçoive ici, mes remerciements pour les
précieux enseignements qu'il m'a donnés dans son service.

A Monsieur le Docteur Ph. DELAVIERRE

En témoignage de ma reconnaissance pour l'aide et
les conseils qu'il a apportés à l'élaboration de ce travail.

I N T R O D U C T I O N

Lorsqu'on parcourt les divers travaux suscités par les tumeurs primitives du mésentère, on s'aperçoit qu'ils abondent sur les tumeurs kystiques, mais qu'en revanche, leur nombre est beaucoup plus réduit en ce qui concerne les tumeurs solides.

Parmi celles-ci, les fibromes et les lipomes ont été les mieux étudiés. Par contre, les travaux relatifs aux sarcomes demeurent actuellement fort rares. C'est la raison pour laquelle nous nous proposons, à l'occasion de six observations inédites, de rassembler quelques notions concernant les sarcomes primitifs du mésentère.

Nous limiterons notre étude aux sarcomes du mésentère proprement-dit, en excluant ceux des mésocolons ou des épiploons.

Monsieur ZU....., 54 ans, Ingénieur,

C'est une hémorragie intestinale de sang rouge qui ouvre la scène le 12 Avril 1954. Cette hémorragie s'est produite brutalement, en pleine santé apparente et sans aucun prodrome ; très abondante, elle détermine un syndrome anémique accentué, fait de pâleur extrême des téguments et de lipothymies ; hémogramme : G.R. 2.200.000, H.b. 40, G.B. 6100 : polynucleaires 65%, lymphocytes 25%, monocytes 10%.

Sous l'influence d'un traitement prescrit par le médecin traitant, le docteur Isch-Wall, qui comporte transfusions, vitamine K, Adrénoxyl, hémocoaguline, l'hémorragie s'arrête, l'anémie se répare.

Un examen plus complet du malade est alors possible : la palpation de l'abdomen et le toucher rectal sont normaux ainsi que le foie et la rate ; la rectoscopie est négative ; les radiographies de l'estomac et du colon ne montrent pas d'image suspecte. Des explorations hématologiques sont également effectuées, qui n'apportent, elles non plus, aucun élément nouveau.

Au total, rien ne permet de déceler la cause de l'hémorragie.

Seule l'étude des antécédents apporte un fait important, digne d'être noté. Le malade, en effet, déclare avoir présenté, autrefois, en 1936, et en 1938, des accidents hémorragiques exactement semblables, dont le diagnostic étiologique resta en suspens malgré les recherches entreprises par plusieurs spécialistes du tube digestif.

Après une surveillance de trois mois pendant lesquels le malade ne présente aucun trouble, le Docteur Isch-Wall, ne pouvant déterminer la cause de ce récent épisode hémorragique, lui conseille de s'adresser au Docteur Hillemand. Celui-ci, consulté le 22 Juillet, confirme la négativité des diverses investigations qui ont été pratiquées ; constatant, de plus, l'absence de toute autre manifestation hépato-splénique ou hémopathique, il ne peut que parler d'hémorragie pour l'instant cryptogénétique, avec toutes les réserves que comporte ce qualificatif.

A son retour de vacances, au début d'octobre, le malade paraît en excellent état général; il n'a pas saigné et n'accuse aucun trouble digestif: pas la moindre douleur abdominale, ni la moindre altération du transit intestinal. Un seul élément anormal est à noter: une leucocytose à 17 400, alors que la formule des G.B. n'est pas modifiée et que le taux des G.R. s'élève à 4.250.000.

C'est dire l'étonnement du Docteur Isch-Wall, quand il découvre, au palper de l'abdomen, une masse anormale du volume d'une orange dans la région hypogastrique, masse allongée transversalement au-dessus et en arrière du pubis et absolument fixée.

Il demande à nouveau, l'avis du Docteur Hillemand et tous deux, d'un commun accord, insistent auprès du malade sur la nécessité d'une intervention chirurgicale, précédée toutefois d'une étude radiologique du grêle, ayant pour but de préciser les rapports de la tumeur avec ce viscère.

La radio du grêle faite en Octobre (Dr Cherigié) montre une striction évidente et permanente bas située sur l'iléon.

Intervention, le 24 Octobre (Dr Sylvain-Blondin). Il existe dans la portion basse du mésentère une masse assez volumineuse qui s'avère inextipable car elle adhère de tous côtés. On se contente d'en prélever un fragment et d'établir une dérivation par entéro-anastomose. Un prélèvement biopsique est pratiqué.

Histologie : Fibrosarcome constitué de cellules fusiformes, ayant des noyaux nettement monstrueux et qui forment des faisceaux enroulés en tout sens.

Devant l'inopérabilité de la tumeur et l'accroissement rapide de son volume qui égale celui d'un petit melon, à la fin de Novembre, on décide de recourir à la cobaltothérapie. Pratiqué

tout le mois de Décembre, ce traitement agit de façon remarquable sur la tumeur qui fond rapidement pour n'être plus qu'à peine palpable à l'arrêt des séances d'irradiation.

C'est la première rémission d'une affection redoutable dont l'évolution se poursuivra encore plus de trois années. Durant tout ce temps, le malade sera suivi régulièrement par le Dr Isch-Wall.

Tout au long de l'année 1955, la masse demeure presque imperceptible et il n'existe pas de trouble fonctionnel ni d'altération de l'état général - si ce n'est une pâleur des muqueuses retrouvée à chaque examen. Dans le même temps, des numérations sanguines successives montrent, outre une leucocytose constamment au-dessus de 10.000 G.B., une diminution du taux des globules rouges qui se situe entre 3.400.000 et 4.000.000. Cette anémie modérée persistante (alors qu'il ne s'est pas produit d'autre hémorragie intestinale) suggère un moment l'idée d'un éventuel processus hémolytique acquis comme on peut en observer au cours de certaines tumeurs malignes ; mais les recherches d'auto-anticorps (- agglutines et hémolysines -) effectuées dans ce sens, s'avèrent négatives. Le malade, lui, se sent en excellente forme tant et si bien que, reprenant toutes ses occupations, il va mener une vie normale jusqu'au mois de Mars 1956.

A cette date, on constate une nette augmentation du volume de la tumeur, allant de pair avec une fatigue et un amaigrissement d'apparition récente. L'hémogramme montre alors : G.R. = 3.560.000, G.B. = 11.500, avec poly neutro 84 %, éosino 2 %, lymphocytes 4 %, monocytes 8 %.

Une nouvelle cure de cobaltothérapie est entreprise : la masse régresse aussi bien qu'à la première cure, sans disparaître complètement et l'état général redevient meilleur, permettant au malade de reprendre son activité.

Cette deuxième rémission dure près d'une année et ce n'est qu'en Avril 1957, qu'à nouveau il maigrit et se sent fatigué.

Dans le courant de l'été 1957, la tumeur s'accroît à nouveau tout en demeurant isolée, sans aucune métastase décelable. Sur les conseils du Pr Jean BERNARD, on essaie le E 39 - ou 6870 RP - dont l'action sur la tumeur est manifeste mais qu'on doit interrompre au bout de deux mois devant l'apparition d'une leucopénie importante.

Les troubles réapparaissent quelques mois plus tard et le malade meurt de cachexie en Août 1958, sans avoir jamais présenté de douleurs ni de troubles du transit. La vérification n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION II

LYMPHOSARCOME

Monsieur CAR..., ancien égouttier de la ville de Paris. C'est brusquement que, chez ce malade débute le tableau clinique dans les premiers jours d'Avril 1959, par un épisode aigu pseudo-grippal: fièvre à 40 °, altération de l'état général avec quelques troubles digestifs, épisode qui s'amende rapidement sous l'influence d'un traitement symptomatique. Il persiste cependant une altération générale inquiétante: asthénie, anorexie et surtout un amaigrissement qui atteint, en un mois, sept à huit kilos.

Le 16 Septembre, le malade est hospitalisé en Médecine à l'hôpital Laennec. C'est alors que l'on constate dans un abdomen distendu, une masse de l'hypochondre gauche bien perceptible, dure régulière, homogène, sensible à la pression et à la percussion ne donnant pas le contact lombaire. Au-dessous et nettement distincte d'elle se trouve une autre masse plus petite, mobile, paraissant adhérer à la paroi. L'examen est négatif par ailleurs, sauf une discrète hépatomégalie... Il n'y a pas d'adénopathie périphérique.

Dans les antécédents, une tuberculose pulmonaire en 1946, traitée par pneumothorax pendant 10 ans et actuellement guérie.

Parmi les examens complémentaires

Numération sanguine: G.R. 3.680.000 G.B. 9.800

Vitesse de sédimentation: 33 - 62

Urée sanguine: 0,20

Bilan hépatique sensiblement normal.

Ce sont les radiographies digestives qui fournissent le plus de renseignements.

Lavement baryté : la masse est extra-colique et ne comprime pas le colon mais parait le réfouler en dehors sur le trajet du descendant.

Radiographie gastrique : l'estomac est repoussé vers le haut et la droite sur les clichés de face et vers l'avant sur les clichés de profil avec présence d'une opacité rétrogastrique.

On pense à un gros rein.

Le 28 Septembre, le malade est transféré dans le service du Professeur Roux.

On pratique une laparoscopie le 1er Octobre (Dr PAOLAGGI)

Elle montre sous le flanc gauche une masse blanchâtre, polylobée, grumeleuse, dure, qui siège au milieu des anses grêles. Le foie est un peu grumeleux mais non franchement cirrhotique. Aucun aspect de carcinose ni sur le péritoine ni sur la partie du foie explorée. Quant à la nature de la masse, il est impossible de la déterminer par la laparoscopie.

Intervention chirurgicale le 9 Octobre (Pr. ROUX et Dr. ARCIAC)

Il existe une très volumineuse tumeur, de plus de 5 kilos semble-t-il, développée dans le segment initial du mésentère, entre le quatrième duodénum incorporé à la masse, et la première anse jéjunale. Le pédicule mésentérique est incrusté dans la masse et doit être littéralement sculpté; certains trajets artériels implantés sur une artère mésentérique athéromateuse se déchirent; l'artère elle-même présente sur son flanc gauche une brèche qui nécessite une suture à points séparés. Exérèse de la masse principale et de l'extrémité du processus caudé du pancréas. Reconstitution de la continuité digestive par anastomose termino-terminale en un plan extra-muqueux.

Histologie (Pr. Agrégé P. LEMULT)

Tumeur faite de cellules de type lymphocytaire disposées partout de façon absolument homogène, en présence de laquelle on peut évoquer la possibilité d'un lymphosarcome lymphocytaire.

Le lendemain de l'intervention, le malade décède dans un tableau de collapsus. L'autopsie met en évidence un infarctus mésentérique mais ne révèle aucune autre anomalie notable.

OBSERVATION III

LYMPHOSARCOMÈ

Madame VIN..., 88 ans est admise à l'hôpital Cochin (service du Professeur JUSTIN-BESANCON) le 21 Mai 1959 pour troubles digestifs et masse abdominale.

Ces troubles digestifs, aux dires de la malade, ont coïncidé avec une chute dans la rue remontant à plusieurs semaines. Ils consistent en des douleurs peu intenses de siège hypogastrique sans irradiation et des troubles du transit à type de constipation alternant avec des débauches diarrhéiques. Pas de notion d'hémorragie digestive mais un amaigrissement récent non chiffré.

Dans les antécédents, un infarctus du myocarde, il y a quelques années, suivi d'une insuffisance cardiaque nettement aggravée depuis un an.

A l'examen, on palpe, dans l'hypochondre et le flanc gauches, une masse légèrement sensible, de consistance ferme, de la taille d'un pamplemousse; bien limitée en bas et en dedans où elle n'atteint pas l'ombilic, cette masse, peu mobile, ne donne pas le contact lombaire; son pôle inférieur enfin, est perçu par les touchers pelviens et paraît indépendant de l'utérus.

Par ailleurs, la région inguinale droite est le siège d'adénopathie apparues depuis une quinzaine de jours, fermes mobiles, indolores de taille inégale allant de la noisette à l'oeuf de pigeon.

Le reste de l'examen est négatif si ce n'est un oedème malléolaire en rapport avec l'insuffisance cardiaque. T.A. = 14 - 7

Numération sanguine G.R. 4.400.000

G.B. 10.200 POLYnucléaires 81 % dont 79 % de neutrophiles; lymphocytes 14 %, monocytes 5 %.

Ponction sternale normale

Ponction d'un ganglion inguinal: présence de lymphocytes normaux sans élément cellulaire-anomal.

Devant ce tableau clinique, on envisage divers diagnostics: celui d'une hémopathie maligne avec splénomégalie, puis celui d'une tumeur digestive, colique notamment, mais l'état précaire de la malade ainsi que son grand âge empêche tout examen radiographique du tube digestif.

Au bout d'un mois d'hospitalisation, la malade présente un foyer pulmonaire de la base droite qui détermine un fléchissement rapide de l'état général; et malgré l'administration d'antibiotiques et de tonico-cardiaques, le décès survient quelques jours plus tard dans un tableau de coma hyperthermique.

Autopsie

I/ Macroscopie:

Thorax: Epanchement pleural droit citrin; oedème pulmonaire bilatéral et diffus. Hypertrophie cardiaque globale et présence sur le ventricule gauche d'un anévrysme pariétal, séquelle d'un infarctus ancien. Pas d'adénopathie médiastinale.

Abdomen. Ascite citrin peu abondante. Il existe dans le mésentère de nombreux nodules tumoraux, d'apparence ganglionnaire, souvent volumineux et plus ou moins conglomérés, ce qui explique l'impression clinique d'une masse palpable unique; ces nodules prédominent au niveau des premières anses jéjunales et respectent, au contraire l'iléon terminal; ils sont situés, en général, au contact même du grêle, mais celui-ci, à l'ouverture ne paraît pas intéressé directement par le processus tumoral.

On remarque quelques adénopathies de petite taille le long de l'aorte abdominale.

Le reste du tube digestif est normal ainsi que la totalité des viscères pleins.

Petit bassin. Rien à signaler, aucune adénopathie notamment.

Histologie (Dr DELAVIERRE)

Les nodules mésentériques où l'on ne remarque pas la moindre trace de structure ganglionnaire, sont formés de nappes absolument homogènes de cellules lymphocytaires: lymphocytes et lymphoblastes présentant, dans l'ensemble, assez peu d'anomalies cellulaires. Sur un fragment du grêle, prélevé au contact d'un de ces nodules on constate la même prolifération cellulaire dans toute l'épaisseur de la paroi.

Sur le foie, quelques plages de stéatose à prédominance centro-lobulaire.

Rate : pas d'anomalie morphologique.

Coeur : la paroi ventriculaire gauche au niveau de l'anévrysme pariétal, est formée de tissu fibreux dense, renfermant quelques vestiges de fibres musculaires.

Rien à signaler sur les autres fragments examinés.

Au total : compte tenu de la clinique et des lésions anatomiques on peut conclure à un processus lymphosarcomateux, développé aux dépens du groupe ganglionnaire mésentérique. La présence de ganglions juxta-aortiques et inguinaux, qui n'ont pu être examinés n'ayant pas été prélevés, suggère l'éventualité d'un début de généralisation du processus.

OBSERVATION IV

RETICULOSARCOME

Monsieur LEB... 48 ans, conducteur de travaux.

C'est vers 1956 que se situent les premiers troubles caractérisés par des douleurs mal définies de la région épigastrique sans rythme ni périodicité. Ces douleurs, d'abord isolées et peu intenses, demeurent longtemps bien tolérées.

En Avril 1948, survient inopinément une hémorragie intestinale de sang noir, relativement abondante (plusieurs centaines de cc?) qui cède au bout de quatre jours. Le médecin traitant fait pratiquer des radios d'estomac et du colon ainsi qu'une rectoscopie, tous examens qui s'avèrent négatifs.

A la fin de Janvier 1949, un nouveau méloena, moins abondant toutefois, amène le malade à consulter, à l'hôpital Broussais, le Dr Bensaude. Celui-ci refait les mêmes investigations digestives et ne constate rien d'anormal si ce n'est une diverticulose colique modérée. Il demande au surplus une radiologie du grêle devant la persistance des douleurs que rien ne calme. Cet examen est effectué en Avril par le Dr Chérigé qui conclut: " il n'existe qu'une agglutination en peloton des dernières anses grêles sous l'angle colique droit; rien d'autre à signaler. "

Peu à peu, les douleurs augmentent de fréquence (jusqu'à devenir presque continuelles) et d'intensité; leur siège initialement épigastrique, devient plus diffus avec des irradiations vers la F.I.D. et jusque dans le dos. Bien que non rythmées par les repas, ces douleurs présentent néanmoins une certaine prédilection post-prandiale ce qui motive une nouvelle radio d'estomac sur laquelle le Dr Chérigé croit voir un ulcère de la portion horizontale de la petite courbure.

Le médecin traitant demande successivement conseil à un chirurgien qui propose une intervention exploratrice et au Dr Bensaude qui préfère solliciter l'avis du Dr Hillemand.

Ce dernier, consulté le 3 Juillet, pense lui-même à un ulcère gastrique et prescrit un traitement à base d'atropine IV et de bismuth. L'examen du malade à cette date met en évidence une légère anémie accompagnée d'amincissement modéré et d'anorexie. La palpation de l'abdomen, sensible au creux épigastrique ne perçoit aucune masse anormale; le foie, la rate, le toucher rectal sont normaux ainsi que tous les autres appareils, y compris la gorge et les aires ganglionnaires.

Devant l'inefficacité du traitement antiulcéreux et l'inconstance de l'image gastrique sur de nouveaux clichés, il est pratiqué une gastroscopie (Pr Agrégé Cornet) le 27.7.1959 qui explore sans difficulté le fundus ainsi que l'antre et le pylore et qui montre ni érosion ni ulcération dans la région radiologiquement suspecte

Toutes les investigations effectuées demeurant incapables de fournir la clef du diagnostic, l'intervention chirurgicale est finalement décidée. Le malade est admis dans ce but à l'hôpital américain de Neuilly, sur les conseils du Dr Mercadier (auquel nous sommes reconnaissants d'avoir bien voulu nous fournir les documents détenus par cet établissement qui nous étaient indispensables pour compléter notre observation)

Examens pré-opératoires :

Hémogramme = G.R. 3.300.000

G.B. 6.400 POLY 76 % neutro 72, eosino 4

Monocytes : 3

Lymphocytes : 21

Urée sanguine : 0,35

Radiographie pulmonaire : normale.

Laparotomie exploratrice le 30 Juillet (Dr Mercadier)

" Médiane à cheval sur l'ombilic. On découvre une tumeur ganglionnaire du mésentère inextirpable : les avant-dernières anses grêles sont collées entre elles et fixées à la face droite du mésentère. Elles sont libérées et un prélèvement est effectué en pleine tumeur pour examen histologique. On ne remarque aucune autre lésion ailleurs."

Histologie (Pr Agrégé Nezelof)

" Le fragment examiné est occupé par une prolifération tumorale monomorphe; les cellules qui la constituent sont mal limitées les unes des autres et leur noyau est volumineux, pâle, faiblement chromophile. Les anomalies nucléaires sont relativement fréquentes mais les mitoses sont rares. Cette tumeur bien qu'abondamment vascularisée paraît fragile: les territoires de nécrose y sont à la fois nombreux et disséminés. L'ensemble morphologique est caractéristique de réticulosarcome à forme syncytiale. "

Après l'échec du traitement chirurgical, le malade est confié au Dr Baclesse, le 8 Aout pour Cobaltothérapie. Celle-ci est effectuée à raison d'une séance tous les deux jours pendant quatre semaines sur deux champs abdominaux situés du côté droit: l'un antérieur; paraombilical, l'autre postérieur, paravertébral.

Au total, ces deux champs reçoivent respectivement 2450r et 1250r.

Numération sanguine au cours du traitement, (le 18 Aout)

G.R. 3.700.000

G.B. 9;800, poly neutro. 80 %, monocytes 1 %, lymphocytes 19 %.

Aucune amélioration ne s'ensuit. Bien au contraire, les douleurs qui prédominent maintenant dans la fosse iliaque droite s'exagèrent; elles deviennent bientôt intolérables, les analgésiques ne les calmant presque plus.

Au Début de Septembre, un brusque épisode fébrile à 39° assez rapidement jugulé par la terramycine, oblige à interrompre la cobaltothérapie pendant quelques jours.

Le 24 Septembre, le malade est réadmis à l'hôpital américain, en état de subocclusion. Il est pâle, amaigri et deshydraté. A l'examen, on perçoit une matité de la base droite et surtout, on palpe dans l'abdomen une masse dure, irrégulière, sensible qui s'étend de la région ombilicale à la fosse iliaque droite; le foie et la rate ne sont pas modifiés; dans chacun des deux creux inguinaux il existe un ganglion de faible volume

(à peine un centimètre de diamètre) mais les autres aires ganglionnaires cervicales et axillaires sont libres de toute adénopathie. Hémogramme: Anémie à 2.600.000 G.R., leucocytose à 10.000 avec polynucléose à 90 %

Le 9 Octobre, le malade meurt dans un tableau d'occlusion
Il n'est pas fait de vérification.

OBSERVATION V

LYMPHORETICULOSARCOME

Monsieur Mao... 26 ans, algérien musulman vivant en France depuis 4 ans, entre à l'hôpital Cochin (Service du Pr. Justin-Besançon) le 8 Juillet 1961 pour troubles digestifs et masse abdominale.

Les premiers troubles sont apparus il y a 6 mois : douleurs abdominales, ballonnement après les repas, constipation opiniâtre. Des radiographies de l'estomac du colon se sont révélées négatives et cependant les troubles ont persisté, s'accroissant progressivement et s'accompagnant d'asthénie et d'amaigrissement non chiffré.

Dans les antécédents, une tuberculose pulmonaire en 1959, traitée par antibacillaires et totalement guérie.

A son entrée, le malade est apyrétique et paraît en assez bon état général. La palpation abdominale met en évidence une masse dans la région para-ombilicale gauche; c'est une petite masse arrondie, à contours peu nets, mobile ferme et mate à la percussion.

Le foie n'est pas palpable, mais la rate déborde, modérément, le rebord costal. Il n'y a ni ascite ni circulation collatérale. Les aires ganglionnaires sont normales ainsi que le reste de l'abdomen.

T.A. = 13-8

Numération sanguine : G.R. 6.800.000 G.B. 9.200 polymorphonucléaires neutrophiles 60 %, éosinophiles 4 %, lymphocytes 32 %, monocytes 4 %

Urée sanguine 0,20 B.W. négatif. Examen parasitologique des selles négatif.

Urographie intra-veineuse: pas d'anomalie morphologique des reins.

Une radiographie du grêle examinée, tout d'abord, comme normale. Mais une étude plus attentive des clichés, a posteriori, permettait de déceler sur l'un d'eux, un léger refoulement en dedans des anses jéjunales, dans la région du flanc gauche.

Le malade est passé en chirurgie (Service du Pr. LEGER) pour exploration et excision si possible de la masse abdominale.

Intervention le 24. 7. 61. (Dr VAILLANT) on découvre une tumeur mésentérique du volume d'un oeuf de poule, bien encapsulée et de consistance assez molle, qui se situe à 80 cm environ de l'angle duodéno-jéjunal

et qui s'accompagne d'adénopathies assez nombreuses étagées vers la racine du mésentère. L'exérèse de cette tumeur parfaitement clivable, est facile ; un ganglion gros comme une noix situé à son contact, est facilement extirpé. L'exploration de la cavité abdominale (foie, rate, région iléo-caecale) ne révèle aucune autre anomalie.

Lymphographie le 28 Juillet ne semble pas montrer d'opacité ganglionnaire anormale dans les territoires explorés : inguinaux, pelviens, abdominaux.

Dosage des protides totaux : 67g.

Electrophorèse des protides normale

Ponction sternale normale.

Histologie (Dr DELAVIERRE)

La tumeur mésentérique est constituée, dans sa totalité, d'une prolifération cellulaire dense, homogène, parcourue de quelques travées collagènes grêles ; les éléments cellulaires sont de deux types, l'un lymphocytaire, l'autre réticulaire, dont la répartition se fait de façon assez inégale selon les endroits et sans qu'il y ait prédominance nette d'un de ces deux types ; il existe de très nombreuses anomalies cellulaires. Le ganglion, prélevé au contact de la tumeur, présente la même prolifération cellulaire.

Au total, les lésions observées réalisent l'aspect d'un lympho-réticulosarcome dont l'atteinte pluri-ganglionnaire permet d'évoquer une maladie de système.

A la suite des constatations histologiques, le malade est mis au chloraminophène qu'il prendra à la dose de 3 puis 2 comprimés par jour pendant plusieurs mois sous surveillance hématologique régulière.

Revu récemment, soit près d'un an après extirpation de la tumeur mésentérique, le malade paraissait en bon état général, n'accusait aucun trouble et ne présentait à l'examen aucune lésion anormale, ganglionnaire notamment.

OBSERVATION VI

LYMPHOSARCOME

(Rapportée ici grâce à l'obligeance du Dr CATTAN et ses collaborateurs.)

Monsieur TOL... Roger, âgé de 36 ans, avocat, est adressé au Dr. CATTAN en Avril 1954, pour tumeur abdominale d'apparition récente et d'origine indéterminée.

C'est 4 mois plus tôt qu'est survenu le premier trouble : météorisme abdominal, d'abord post-prandial puis permanent, isolé sans douleurs ni trouble du transit, si ce n'est une impression intermittente de borborygmes au moment de la digestion. Dans un second temps sont apparues des douleurs abdominales bas-situées, irradiant vers le membre inférieur droit.

A l'examen, le malade parait en bon état général, est apyrétique, n'a pas maigri. La palpation de l'abdomen perçoit une masse de la taille d'un pamplemousse, dans la région sous-ombicale ; c'est une masse arrondie, de surface lobulée, de consistance dure, très mobile de haut en bas et latéralement.

Le reste de l'examen est normal, y compris les territoires ganglionnaires.

T.A. = 10-6.

Dans les antécédents on ne relève qu'un paludisme à l'âge de 16 ans.

Hémogramme =

G.R. = 4.430.000

G.B. = 6.100

PN = 51 %

PE = 20 %

L = 34 %

M = 13 %

Urée sanguine = 0,45

Un lavement baryté ne montre qu'un refoulement du sigmoïde vers le bas. Par contre, une radiographie du grêle met en évidence, sur un cliché pris à la quatrième heure, une anse iléale distendue par la masse elle-même, laquelle est interprétée, en conséquence, comme une tumeur du mésentère.

Le malade est confié au chirurgien le 4 Mai 1954.

Compte rendu opératoire (Dr Soupault)

Après avoir vérifié l'absence d'ascite on extériorise la masse qui est située à la partie moyenne du mésentère; elle est ovalaire, infiltre le mésentère qu'elle distend et attire l'anse grêle adjacente qui s'enroule sur elle comme un pneumatique sur sa jante. De plus, il existe toute une série de masses plus petites toutes ganglionnaires, échelonnées autour de la masse principale et aussi tout le long de la racine du mésentère jusqu'au duodénum. Il s'agit vraisemblablement d'un lymphosarcome. Aucune exérèse n'est indiquée, étant donnée l'extension ganglionnaire. On se contente de prélever un ganglion pour biopsie.

Histologie (Dr R. HABIB)

Il s'agit d'un lymphosarcome, développé dans un amas ganglionnaire qui a presque totalement perdu son architecture normale et dont la capsule est nettement dépassée par la prolifération cellulaire. Il existe de nombreux éléments cellulaires anormaux que l'on retrouve avec netteté sur les frottis effectués immédiatement après la biopsie.

Le diagnostic de lymphosarcome est pleinement confirmé par le Dr GRICOUROFF auquel sont montrées les coupes de la tumeur.

- Etant donnée l'inopérabilité des lésions décelées par le chirurgien, le malade est adressé à la Fondation Curie (Dr ENNUYER) le 21 Mai 1954.

A cette date, la tumeur mesure 10 cm de diamètre environ et ses limites sont les suivantes: en haut, elle déborde légèrement un plan horizontal passant par l'ombilic; vers la gauche, elle atteint une ligne passant par l'épine iliaque antéro-supérieure; son pôle inférieur est situé à 4 cm au-dessus de l'arcade pubienne; vers la droite, elle déborde la ligne médiane de 2 cm environ.

Un traitement radiothérapique est alors entrepris qui va s'étaler sur plus de deux mois et demi - 80 jours exactement - soit jusqu'au 9 Août. Il s'agit d'un traitement très intensif par les rayons X, dont la dose totale est de 26.800 r, la durée totale de 11,49 heures.

Une surveillance hématologique régulière montre, au bout de 3 à 4 semaines de traitement, une leucopénie aux alentours de 2.700 G.B. sans neutropénie, qui nécessite l'adjonction de leuco-4.

Au terme du traitement radiothérapique, la masse abdominale n'est plus palpable et l'état général est satisfaisant.

On revoit le malade en Décembre 1959 - il est en excellent état général, ne présente aucune adénopathie superficielle ou profonde. Son abdomen est souple sans aucune masse palpable. Seule anomalie décelable: une importante pigmentation de la paroi abdominale.

Par la suite, le malade qui a repris toutes ses activités viendra consulter à la Fondation Curie ou enverra de ses nouvelles, de façon régulière, une à deux fois par an, jusqu'au début de cette année. A chaque examen, il apparaît en parfait état et n'accuse trouble fonctionnel.

Telle est l'observation d'un lymphosarcome guéri avec un recul de 8 ans où la chirurgie ne put extirper les masses ganglionnaires largement développées presque dans la racine du mésentère et où la roentgénéthérapie constitua le seul mode de traitement.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

Le mésentère **est, chez l'adulte**, un long méso péritonéal qui relie le jéjuno-iléon à la paroi abdominale postérieure.

On lui décrit: deux faces, deux bords, deux extrémités.

Des deux faces (ou feuillets) l'une est antérieure ou droite l'autre postérieure ou gauche. Elles présentent de larges replis en accordéon en nombre égal à celui des anses intestinales et dont la hauteur augmente du bord adhérent au bord libre. La hauteur des faces même, mesurée du bord **adhérent** au bord libre est maxima à la partie moyenne du mésentère (12 cm) et diminue vers les extrémités. Chaque feuillet se réfléchit sur la paroi et se continue par une zone de péritoine pariétal, le droit avec les méso-colons transverse et ascendant, le gauche avec le feuillet droit du mésocolon descendant.

Le bord adhérent ou racine fixe le mésentère à la paroi. Long de 15 à 18 cm, il commence au flanc gauche de la colonne vertébrale au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, en dedans de l'angle duodéno-jéjunal. Il se dirige oblique en bas et à droite jusqu'à la fosse iliaque droite, se termine à l'angle d'union du jéjuno-iléon avec le colon ascendant, en regard de l'articulation sacro-iliaque droite. De haut en bas, il est longé par les vaisseaux mésentériques supérieurs d'abord, ensuite par les vaisseaux iléo-coliques.

Le bord libre ou viscéral dessine les sinuosités du jéjuno iléon. Le long de ce bord les deux feuillets du mésentère s'écartent pour engainer l'intestin.

L'extrémité supérieure, située au niveau de l'angle duodéno jéjunal répond à la zone où le grêle devient mobile.

L'extrémité inférieure répond le plus souvent à l'angle iléo caecal.

Entre les deux feuillets du mésentère, plongés dans un tissu cellulo-adipeux lâche, se trouvent:

- L'artère mésentérique supérieure, ses branches intestinales et leurs ramifications anastomosées en arcades.
- La grande veine mésentérique qui monte à droite et en avant de l'artère, et ses branches collatérales satellites des artères intestinales.
- Le plexus nerveux mésentérique supérieur
- Le système lymphatique, sur lequel nous insisterons.

Au niveau de l'intestin-même, et tout particulièrement dans la région iléo-caecale, ce système se caractérise par une grande richesse: à côté des ganglions existent de nombreuses formations folliculaires incomplètes faisant dire " que l'appareil lymphoïde de l'intestin est un vaste ganglion lymphatique diffus, étalé sur toute la longueur de la muqueuse intestinale ".

De ce système lymphatique d'origine-sans cesse au travail, en remaniement-partent des vaisseaux collecteurs qui sont reçus dans les ganglions mésentériques. Ceux-ci sont répartis dans l'épaisseur du mésentère de manière à former trois groupes:

- Un groupe périphérique juxta-intestinal
- Un groupe intermédiaire situé le long de la première arcade artérielle.
- Un groupe central situé dans la racine du mésentère autour des troncs artériels et veineux mésentériques supérieurs.

Des éléments du groupe central partent en général plusieurs collecteurs ou troncs intestinaux; l'un d'eux descend sur le côté gauche de l'aorte et se jette dans le tronc lombaire gauche les autres se portent en bas et à gauche de l'aorte, très rarement à droite et se terminent dans les ganglions latéro-aortiques voisins du pédiculé rénal.

PROPRIETES PHYSIOLOGIQUES

Le mésentère a deux fonctions essentielles:

1 - Il soutient le jéjuno-iléon

tout en lui permettant une grande mobilité grâce à sa "hauteur" et sa grande extensibilité.

2 - Il sert de gaine et de conducteur au pédicule vasculo nerveux du grêle, fonction primordiale assurant ainsi au jéjuno'iléon sa nutrition et sa motricité et permettant l'absorption digestive.

F R E Q U E N C E

En 1803, PORTAL présentait la première description et classification des tumeurs solides du mésentère. Mais la première revue de la question ne parut qu'en 1897, publiée par HARRIS et HERZOG. A cette date, les auteurs dénombrèrent 57 cas de tumeurs solides (dont un cas personnel) parmi lesquels 12 sarcomes authentiques: 5 fibrosarcomes, 3 lymphosarcomes, 4 sarcomes divers.

Quelques années après, en 1906, James VANCE rapportait 23 observations de tumeurs mésentériques solides dont 7 sarcomes de types variés.

A l'occasion de sa thèse consacrée aux fibromes du mésentère, FALALA, en 1928, totalisait les cas de tumeurs solides publiés jusque là et en dénombrait 216, parmi lesquels 97 sarcomes qu'il classait ainsi: 76 sarcomes fusio ou globo-cellulaires, 10 lymphosarcomes, 11 sarcomes divers... classification très discutable.

En 1936, John HART rapportait de nouveaux cas de tumeurs solides.

Entre 1928 et 1936 notamment, leur nombre s'élevait à 57 dont 17 sarcomes: 10 fibrosarcomes, 2 lymphosarcomes, 1 ostéosarcome.

De notre côté, enfin, nous avons effectué une revue générale de la littérature pour ces 25 dernières années, et nous avons découvert près de 50 observations de sarcomes mésentériques - chiffre qui se situe, évidemment, bien au-dessous de la réalité -

En voici le détail:

16 lymphosarcomes, 4 réticulosarcomes

8 fibrosarcomes, 5 liposarcomes, 1 myxosarcome

3 léfomyosarcomes

9 sarcomes divers dont 3 sarcomes neurogéniques.

Au total, on peut évaluer approximativement à 160 les cas de sarcomes mesentériques publiés jusqu'à ces dernières années, et dire qu'ils représentent environ le tiers des tumeurs solides du mésentère.

Ayant analyse plus de la moitié des observations publiées, il nous parait possible d'en dégager les principaux caractères des sarcomes méésentériques.

CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES

L'étiologie des sarcomes primitifs du mésentère reste obscure. Cette étude nous a seulement permis de faire ressortir l'influence de différents facteurs dans l'apparition de ces tumeurs.

L'âge Les sarcomes mésentériques sont beaucoup plus fréquents chez l'adulte: les deux tiers des cas surviennent dans la seconde moitié de la vie.

La courbe de fréquence en fonction de l'âge passe par un minimum correspondant à la décade 10-20 ans et par un maximum très net correspondant à la décade 40-50 ans.

D'autre part, si l'on considère les relations entre l'âge et la variété histologique, on s'aperçoit que chez l'enfant et le jeune adulte, il s'agit presque exclusivement de lymphosarcomes, tandis qu'après 30 ans tous les types de sarcomes peuvent se voir.

Le sexe : Evidente prédominance masculine; dans la proportion deux hommes pour une femme environ.

L'intervention d'un facteur congénital, réelle pour certaines tumeurs solides du mésentère (opinions de Rankin et Major, Royster...) est rare en ce qui concerne les sarcomes. Cependant; quelques observations illustrent l'influence possible d'une anomalie congénitale: apparition de sarcome neurogénique (PREGNO) ou de fibrosarcome (JEANNENEY, PETGES et SOUBIRAN) au cours de l'évolution d'une neurofibromatose de Recklinghausen; observation d'un angiosarcome chez une fillette de huit ans (VANCE). Par contre, la dégénérescence de kystes mésentériques est exceptionnelle chez l'enfant (KONE)

Signalons les agressions locales qui interviendraient en tant que facteur aggravant sinon déclenchant: ainsi le rôle possible d'un traumatisme abdominal dans les observations de KOWNATOTZKI (lymphosarcome découvert après une chute de cheval), de BIGELOW et FORMAN (lymphosarcome se manifestant par des crises douloureuses abdominales peu de temps après deux violents traumatismes). Signalons aussi le rôle hypothétique d'une intervention chirurgicale. A ce sujet, une observation curieuse, celle de CREYSSEL, GAILLARD et SAUTOT : vingt jours après une appendicectomie (accompagnée d'une exploration minutieuse) apparaissait une masse de la taille d'une petite mandarine, palpable au point de Mac Burney et située, à l'ouverture, dans la région iléo-caecale... c'était un léiomyosarcome mésentérique.

Il nous reste enfin à considérer certaines associations pathologiques intéressantes par les hypothèses pathogéniques qu'elles soulèvent:

- associations tumorales:

observation de DOLERI3 où coexistent des fibromes multiples de l'utérus, une tumeur papillomateuse du col utérin et un fibrosarcome kystique du mésentère.

Observation de RAVID et SACHS dans laquelle un fibromyosarcome de l'oreillette gauche est associé à de multiples tumeurs mésentériques, une léiomyomatose de l'estomac, des nodules léiomyosarcomateux du jéjunum et une tumeur carcinoïde du rectum, posant le problème de la tumeur primitive.

- association sarcome mésentérique-dysprotéinémie

nous l'avons retrouvée dans une seule observation (TOLENTINO) mais l'exploration biologique est-elle souvent pratiquée?

L'association d'une néoformation à une maladie de Waldenstrom ou à une cryoglobulinémie est chose rare mais intéressante au point de vue de la pathogénie, actuellement encore mystérieuse. Plusieurs hypothèses ont, à ce sujet été soulevées (BOUDIN)

- coïncidence fortuite (SCHULTER, ZOLLINGER)

- dysprotéinémie, simple expression d'une réaction de l'organisme vis-à-vis du cancer par l'intermédiaire du système réticulo endothélial.

- ou bien, au contraire, rôle cancérigène de la dyspro-
téinémie.

- existence, enfin, d'un processus malin d'étiologie
inconnue mais à potentialité multiple.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I - MACROSCOPIE

La localisation des sarcomes mésentériques parait plus souvent iléale que jéjunale.

La tumeur peut siéger en plein mésentère, dans sa portion mobile et à distance de l'intestin grêle. Il est malheureusement rare qu'elle respecte les arcades vasculaires, rendant possible une énucléation sans résection intestinale (cas de Beaujon; de Bussalen; observation n° 5)

Plus souvent, la tumeur est située au contact même de l'anse intestinale qu'elle peut englober: il est alors difficile d'affirmer s'il s'agit d'une tumeur du grêle ayant envahi secondairement le mésentère (Lauzer; observation n° 2)

Parfois enfin le sarcome est inclus dans la racine du mésentère. Il peut s'y localiser ou la déborder, envahissant soit la portion mobile du méso, soit la région rétropéritonéale... On rejoint ici le chapitre des tumeurs primitives rétropéritonéales qui, on le sait, sont souvent de nature histologique analogue et peuvent elles-mêmes se propager au mésentère.

La tumeur est généralement unique. Mais un cas de liposarcomes multiples a été publié (MASSARENTI) et d'autre part il est assez fréquent que la prolifération tumorale apparaisse formée de nodules plus ou moins distincts les uns des autres, en cas de lymphosarcome notamment (VANCE; Observation 3 et 5)

Tous les caractères de la tumeur sont très variables suivant

les cas:

Ainsi le volume parfois comparable à celui d'un poing, d'une petite mandarine, atteint le plus souvent celui d'une tête d'enfant. Mais ne sont pas rares les énormes tumeurs inextirpables occupant toute la cavité abdominale et le pelvis.

La forme, tantôt arrondie, à surface lisse polie, parfois limitée par une capsule, tantôt irrégulière, bosselée, à limites imprécises;

La consistance: soit dure, ferme, élastique, soit au contraire molle, pseudo-fluctuante, liquidienne, homogène ou hétérogène avec par exemple, alternance " de zones molles encéphaloïdes et de zones fermes comme le cuir " (HART)

La couleur, de la masse tumorale est tantôt rouge sombre, tantôt violacée ou encore, bleu-gris, ardoisée, blanchâtre...

La vascularisation enfin, peut y être importante, source de difficultés opératoires (HARRIS et HERZOG, DELANNOY, JEANNANEY)

II - HISTOLOGIE

Si l'on classe les sarcomes rapportés dans la littérature selon la terminologie communément admise (tout en laissant de côté un certain nombre d'entre eux inventoriés par FALALA dont la classification est nous l'avons vue, quelque peu sujette à discussion) on obtient, sur un total de 75 sarcomes nettement définis du point de vue histologique; la répartition suivante:

Sarcomes du tissu conjonctif commun

Fibrosarcomes 25

Myxosarcomes 6

Sarcomes des tissus spécialisés dérivés du tissu conjonctif commun

Liposarcomes 6

Léiomyosarcomes 3

Angiosarcome 1

Ostéosarcome 1

Sarcomes des tissus lymphohémopoïétiques

Lymphosarcomes 21

Réticulosarcomes 4

Tumeurs des tissus nerveux

Neurosarcomes 6

Tumeur des tissus mélanogénétiques 2

Les fibrosarcomes et les lymphosarcomes de fréquence sensiblement égale sont de loin les tumeurs les plus couramment observées. La richesse du mésentère en amas lymphoïdes et en tissu conjonctif suffit à expliquer cette fréquence. Parmi nos observations nous avons : 1 fibrosarcome, 2 lymphosarcomes, 1 réticulosarcome et 1 lymphoréticulosarcome.

L'influence de l'âge dans la survenue de ces deux types de tumeur est notable: les lymphosarcomes surviennent dans près de la moitié des cas avant 10 ans et dans les deux tiers des cas avant 30 ans tandis que les fibrosarcomes s'observent tous après trente ans.

Contrairement aux lymphosarcomes, les réticulosarcomes sont peu nombreux (4 cas seulement). En fait, cette différence de fréquence pour ces deux variétés de sarcome issues du tissu lymphoïde, est plus apparente que réelle et s'explique, en partie, par des divergences terminologiques selon les auteurs: un même type de tumeur pouvant être qualifié sarcome lymphoblastique par certains et sarcome réticulaire par d'autres. A la vérité, ces divergences sont d'intérêt tout à fait secondaire, d'autant plus que les deux variétés cellulaires peuvent s'observer côte à côte au sein d'une même tumeur (P. MASSON). Il en était ainsi chez l'un de nos malades. (Observation n° 5)

Souvent de grande taille, les liposarcomes revêtent deux aspects distincts: soit celui d'un lipome dégénéré et envahi d'éléments sarcomeux indifférenciés (WALDEYER; P. MOULONGUET et J.F. CATHALA) soit celui

d'un sarcome lipoblastique où les cellules sarcomateuses sont génératrices de substance adipeuse (GILDAEISTER)

Citons les exceptionnels ostéosarcome et angiosarcome du mésentère. Unique en son genre à notre connaissance, l'observation d'ostéosarcome (KUBO) rentre dans le chapitre des sarcomes ostéogéniques des parties molles, fournissant un exemple d'ostéogénèse sarcomateuse extra-squelettique. Également unique, le cas d'angiosarcome rapporté par VANCE, s'oppose à la relative fréquence des tumeurs bénignes angiomateuses développées dans le mésentère.

Signalons par ailleurs, qu'on a observé au niveau du mésentère, des hémangiopéricytomes dont l'évolution d'une manière générale, peut devenir maligne dans 30 % des cas environ (SIMARD)

Les neurosarcomes, également désignés sous le nom de schwannomes malins (P. MASSON) ont été rangés dans le cadre des sarcomes du mésentère parce que " la plupart d'entre eux, comme le dit STOUT, n'auraient de nerveux que leur diège initial et ne seraient au fond que des tumeurs conjonctives ".

PRESNO a en 1947 consacré une étude aux sarcomes neurogéniques abdominaux: rares, de volume souvent considérable et de grande malignité, ils sont tantôt solitaires, tantôt associés à une neurofibromatose de Recklinghausen.

Quant aux léiomyosarcomes, observés dans le mésentère, il est raisonnable d'admettre que leur point de départ se situait dans la paroi du grêle, l'atteinte mésentérique étant secondaire.

C L I N I Q U E

Hormis la tumeur abdominale déjà évocatrice, les sarcomes du mésentère donnent lieu à une symptomatologie fréquente mais sans caractère propre et malheureusement souvent tardive.

LA DOULEUR

Elle domine le tableau fonctionnel

Fréquente : présente dans plus de la moitié des cas

D'intensité variable: à minima simple pesanteur, fond douloureux permanent et vague sur lequel surviennent souvent des crises paroxystiques crampes ou coliques augmentant en général de fréquence et d'intensité au cours de l'évolution.

au maximum, douleur très aigüe dans un tableau d'urgence abdominale qui parfois ouvre la scène ou complique l'évolution

Son siège aussi est très variable:

Douleur parfois diffuse

Mais qui plus souvent, prédomine en un point. Citons par ordre de fréquence les localisations épigastrique, ombilicale, au côté droit, plus rarement pelvienne, au côté gauche.

La douleur peut rester strictement localisée ou irradier par exemple : de l'ombilic à la fosse iliaque droite, de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche, dans le dos...

Douleur souvent sans horaire mais parfois nettement post-prandiale provoquée par certains aliments; parfois encore elle est nocturne.

DES TROUBLES DIGESTIFS DIVERS, fréquemment l'accompagnent.

Anorexie

Nausées, vomissements

Troubles du transit

pouvant réaliser des tableaux trompeurs

Pseudo-ulcéreux

Pseudo-appendiculaire

Pseudo-lithiasique...

CEPENDANT, il est des cas où la symptomatologie fonctionnelle reste totalement muette alors que la tumeur est déjà très volumineuse (observation de Harris; de Hart, obs. n° 1)

LA TUMEUR ABDOMINALE

Reste le signe principal

Observée dans trois-quart des cas environ, sa découverte oriente les investigations, impose le geste chirurgical.

De caractères très variables selon les cas, elle pose presque toujours de difficiles problèmes diagnostiques.

Le seul signe classiquement typique des tumeurs mésentériques est leur extrême mobilité, transversale beaucoup plus que verticale. En fait, en ce qui concerne les sarcomes, ce caractère est loin d'être constant, ceux-ci étant souvent fixés par des adhérences inflammatoires ou néoplasiques ou simplement enclavés dans la racine du mésentère. Si bien que dans la plupart des observations, ce caractère est passé sous silence. Quelques auteurs cependant insistent, certains sur la fixité de la tumeur observée, d'autres sur sa remarquable mobilité - soit typique à prédominance transversale, soit dans tous les sens. L'observation de Hart, à ce propos, prouve qu'une volumineuse tumeur peut rester très mobile.

La taille et le siège sont aussi très variables:

Parfois par une simple augmentation de volume de l'abdomen (tumeur au début ou localisée dans la racine du mésentère) peu significative. La tumeur est, dans la plupart des cas, perceptible à l'examen: palpable et même visible.

Ses localisations les plus fréquentes sont tout d'abord:

l'hypogastre, le pelvis, puis,

La région péri-ombilicale, le côté droit

Beaucoup plus rarement l'épigastre ou le côté gauche.

Falala note que " le siège ombilic-F.I.D. est assez évocateur des tumeurs situées près de la racine du mésentère, tandis que les tumeurs situées dans la portion mobile se portent au contraire plutôt dans les régions latérales gauches. Et ce sont les lourdes tumeurs qui entraînent le mésentère, extensible, dans le pelvis."

Les régions latérales gauches nous semblent, en fait, rarement occupées par les sarcomes mésentériques.

Les très volumineuses tumeurs, glissant dans le pelvis, peuvent réaliser l'aspect d'utérus gravide de plusieurs mois (DOLERIS; OTTOBRINI COSTA; HART)

La forme la consistance de la tumeur sont, nous l'avons vu éminemment variables.

L'ETAT GENERAL

Est altéré dans la plupart des cas. L'importance de la cachexie est telle parfois qu'elle oriente rapidement vers une étiologie maligne (HARRIS et HERZOG : observation de lymphosarcome chez un enfant de cinq ans)

Mais il peut rester floride alors que la tumeur est déjà très volumineuse. (HART)

Signe rare mais de haut intérêt, sur lequel nous voudrions insister, l'HEMORRAGIE INTESTINALE. Nous ne l'avons retrouvée que dans

cinq observations, pour des sarcomes de type histologique varié, sous forme de rectorragies, de méloena ou d'hémorragies occultes (RANKIN et MAJOR; SCHAPIRO; GAILLARD, CREYSEL et SAUTOT; KARNITSCHNIGG) . Nous l'avons personnellement observée dans ceux ces où la tumeur se révéla par une hémorragie intestinale abondante; fait très particulier, l'un des deux malades, porteur d'un fibrosarcome, présenta à deux reprises, une dizaine d'années auparavant, des manifestations hémorragiques analogues non étiquetées du point de vue étiologique alors qu'il est à postériori plausible d'admettre que la lésion mésentérique existait dès cette époque: tumeur bénigne peut-être, qui aurait dégénéré par la suite.

De même chez le malade de GAILLARD et collaborateurs, une hémorragie rectale de sang rouge suivie d'hématémèse, se serait produite bien avant l'apparition de la tumeur mésentérique: un leiomyosarcome

De tels accidents hémorragiques et notamment leurs récurrences échelonnés sur plusieurs années, peuvent s'expliquer, croyons-nous par une agression du système neuro-végétatif déclenchée par la tumeur mésentérique elle-même, selon le mécanisme de Reilly. Cet auteur, rappelons le, effectua ses premiers travaux expérimentaux sur la fièvre typhoïde, à l'aide de bacilles typhiques injectés directement dans les ganglions mésentériques.

Quant à l'ASCITE, elle est encore plus rare: nous en connaissons trois cas (HERZOG; KONIG; GREER) . Dans tous elle est libre, très abondante (6 litres, 15 litres ...)
Le liquide est chyliforme dans le cas de GREER.
Elle cache toujours une tumeur très évoluée.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE DU GRÊLE est d'un grand intérêt lorsqu'il vient orienter les constatations cliniques " du moins avant l'envahissement des autres organes abdominaux et les complications que cela entraîne" (DELANNOY et Coll.)

Il peut mettre en évidence des signes indirects, intéressant le grêle: compression extrinsèque, refoulement segmentaire ou massif

Le déplacement périphérique massif et parfois en couronne du grêle, laissant un vide radiologique, serait caractéristique de tumeur mésentérique, déjà d'un certain volume, surtout s'il s'accompagne de stase iléale ou jéjunale même segmentaire (DELANNOY).

Le refoulement segmentaire d'une anse grêle s'observe électivement lorsque la tumeur est de petit volume (Obs. 5)

La compression extrinsèque du grêle se traduit par une striction permanente d'une ou de plusieurs anses directement comprimées par le processus tumoral (Obs. I)

Il n'est pas rare que les seules indications soient fournies par la radiographie gastrique ou le lavement baryté, sous forme d'un refoulement de l'estomac, du côlon (HART; MASHCHUSSETTS G. H.) ou des deux viscères à la fois (Obs. 2)

Il se peut enfin, que les images radiologiques soient peu significatives (LESLIE; JOYEUX;) ou demeurent normales, même en cas de tumeur très volumineuse (DELANNOY; BEAUJON; DERECHIN)

L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE, complète souvent utilement les radiologies digestives en montrant que la tumeur est extrinsèque à l'appareil urinaire.

La LAPAROSCOPIE, est susceptible de fournir des précisions concernant le siège de la tumeur (Obs. 2). Mais il n'a pas été rapporté dans la littérature, à notre connaissance, d'observation où cette exploration ait été effectuée, tout au moins avec succès.

L'EVOLUTION spontanée est toujours fatale à plus ou moins brève échéance.

La tumeur s'accroît parfois lentement, d'autres fois de façon très rapide, se propageant aux organes de voisinage ou essaimant à

distance: foie, poumons, ganglions périphériques...

Elle peut déterminer un accident aigu: occlusion intestinale, péritonite.

Peut-on voir une relation entre le potentiel évolutif et le type histologique en cause? Les lymphosarcomes semblent particulièrement vite envahissants (VANCE; HERZOG; LESLIE; SANCHEZ; OTTOBRINI.) Mais il est aussi des fibrosarcomes qui évoluent très vite (DOLERIS; GREER.) Et nous avons déjà vu que les neurosarcomes qui ont été observés dans le mésentère se sont comportés comme des tumeurs très malignes rapidement métastatiques (PRESNO et PEREZ)

Notons que les lympho et les réticulosarcomes, ici comme ailleurs, peuvent évoluer comme une maladie de système: extension régionale, déterminant plusieurs foyers ganglionnaires mésentériques (Obs. 5), généralisation du processus atteignant des ganglions lymphatiques à distance. (Obs. 3)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Dans les observations que nous avons colligées, la multiplicité des diagnostics soulevés avant l'acte opératoire ne peut nous surprendre tant sont divers les aspects cliniques réalisés par les sarcomes mésentériques.

En absence de tumeur abdominale, on évoque, selon les données de la symptomatologie fonctionnelle, les diagnostics les plus variés: ulcère gastrique, lithiase biliaire, péritonite tuberculeuse, cirrhose hépatique, appendicite...

Quand il existe une masse cliniquement perceptible, on est amené à résoudre le difficile problème de lui attribuer siège et nature.

Les localisations tumorales les plus couramment soupçonnées sont: l'ovaire, la région rétropéritonéale, l'estomac, le colon et ses mésos, les reins, l'utérus.

Sur un total de 84 observations analysées, l'éventualité d'une atteinte du grêle fût envisagée dans un cas seulement et celle d'une atteinte mésentérique chez 9 malades. L'hypothèse d'un sarcome fut évoquée dans deux cas sur les seules données cliniques (HARRIS et HERZOG ; OTTOBRINI COSTA.), deux cas de lymphosarcomes rapidement évolutifs.

Quant à la nature exacte de la tumeur, que l'intervention chirurgicale a permis de localiser au mésentère, elle est révélée par l'examen histologique grâce auquel on élimine un certain nombre de diagnostics: essentiellement celui de tumeur bénigne (fibrome, lipome, kyste) plus rarement celui de tuberculose ganglionnaire d'apparence tumorale (RAZEMON, RIBET et MEIGNIE), exceptionnellement celui d'hypertrophie

pseudo-tumorale du mésentère, comme il en a été rapporté, notamment dans certains cas d'ostéomyélosclérose où le tissu mésentérique hypertrophié était constitué d'une prolifération scléroadipeuse contenant de nombreuses cellules sanguines immatures (CAUCHIE et Coll.; ASSIANN et BRIELLMAN).

Il est enfin un diagnostic à bien connaître qui peut poser des problèmes ardues tant au chirurgien qu'à l'anatomo-pathologiste: c'est celui des adénites mésentériques aiguës où l'atteinte ganglionnaire prend l'aspect d'une masse tumorale. Ces adénites mésentériques à forme pseudo-tumorale, observées initialement par H. GRABER et W. KNAPP, sont difficiles à reconnaître: notamment lorsqu'elles surviennent non chez l'enfant mais chez l'adulte (DELANNOY; CABY et DUPERRAT) ou qu'elles sont situées non dans la région iléo-caecale mais ailleurs sur le mésentère ou enfin lorsqu'elles réalisent histologiquement une hyperplasie lymphocytaire homogène et diffuse (PATY) pour laquelle il est permis à l'anatomo-pathologiste d'hésiter entre un processus inflammatoire ou une prolifération tumorale de type lymphosarcomateux: observation d'adénite mésentérique à Pasteurella, rapportée ici-même en 1961 par P. M. BONNET et Coll. où non seulement l'allure macroscopique était celle d'un processus ganglionnaire malin, mais où l'aspect histologique évoqua de prime abord à l'anatomo-pathologiste (Pr. Agrégé FIEROLDI) le diagnostic de sarcome lymphoblastique qu'il refuta par la suite. On conçoit les difficultés extrêmes du diagnostic si toutes ces causes d'erreur se trouvent réunies.

T R A I T E M E N T

La CHIRURGIE est le traitement de choix, quelle que soit la variété histologique en cause.

Encore faut-il qu'elle soit précoce. L'idéal est l'énucléation sans résection intestinale d'une petite tumeur au début, bien limitée.. éventualité rare (Obs. 5)

Trop souvent on est en présence d'une masse inextirpable, dépassant largement le mésentère pour adhérer aux tissus et organes voisins (Obs. I et 4).

Les AGENTS PHYSIQUES sont utilisés comme complément de la chirurgie ou isolément dans les cas inopérables.

Etant donné le siège profond des lésions mésentériques, il est préférable de recourir à la roentgenthérapie sous haut voltage ou à la cobalthérapie (Obs. I et 4)

La CHIMIOOTHERAPIE

Elle a été peu utilisée jusqu'à présent dans les sarcomes du mésentère, mais ses indications auront toutes chances de s'élargir dans l'avenir.

- L' E 39 (Ethylène-imine-quinone) est le plus actif des produits qu'on possède actuellement envers les sarcomes d'origine lymphoïde. L'administration de 200 à 400 mg peut suffire à faire disparaître la tumeur.

- T-E-M (Tri-éthylène-mélatamine) est souvent très active mais sa tolérance est moins bonne: risque d'aplasie médullaire. Elle n'est indiquée que dans les formes résistantes au E 39.

- Méthyl-bis-chloréthylamine (Caryolysine)
Son efficacité moindre, sa tolérance mauvaise en limitent l'emploi. C'est ce produit qui a été employé par Joyeux et Coll. dans le traitement des lymphosarcomes ilio-mésentériques.

- CB 1348 (Chloraminophène) est moins souvent efficace mais procure parfois d'excellentes rémissions dans les formes peu évolutives. Il peut être employé comme traitement d'entretien. (Jean BERNARD)

L'HORMONOTHERAPIE CORTICO-SURRENALE

est d'un grand intérêt dans les formes fébriles avec mauvais état général.

Elle augmente la tolérance aux médications chimiothérapiques, protège contre l'aplasie médullaire.

Citons pour mémoire, l'essai de traitement par inoculation intra-péritonéale de Trypanosoma Cruzi (TALICE, PICK, PEREZ).

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Rappelons que dans tous les cas l'intervention chirurgicale doit être tentée.

L'irradiation préopératoire, notamment en ce qui concerne les fibrosarcomes, a été trop rarement pratiquée pour qu'on puisse se prononcer sur son efficacité (DELANNOY)

La radiothérapie complémentaire de la chirurgie, semble utile dans tous les types de sarcomes.

La radiothérapie seule, est employée dans les formes inopérables ou récidivantes particulièrement des lympho et réticulosarcomes, (Obs. 4; 6) Signalons que le seul cas publié d'ostéosarcome mésentérique (KUBO) fut traité - sans succès - par radiothérapie.

L'indication de la chimiothérapie concerne surtout les lympho et réticulosarcomes, notamment s'il s'agit d'atteinte locale pluriganglionnaire où existe un risque maximum de récurrence, d'extension régionale ou de généralisation. L'un de nos malades (Obs. 5) dont le

mésentère était le siège de plusieurs masses ganglionnaires de nature lymphoréticulosarcomateuse, reçut après traitement chirurgical, du chloramphène pendant plusieurs mois.

Et aussi dans un cas de fibrosarcome (Obs. I) nous avons constaté l'amélioration certes transitoire, procurée par l'E 39 après épuisement de la cobaltothérapie.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Ils sont dans l'ensemble très décevants.

Sur un total de 55 malades pour lesquels nous possédons des renseignements quant aux suites du traitement:

- 45 sont morts. Parmi eux 35 ont subi une intervention chirurgicale.

décès préopératoire 1

décès dans les suites opératoires: 22 (occlusion, péritonite, infarctus mésentérique, choc, pneumopathie ...)

Pour 12 malades l'issue fatale évitée dans l'immédiat survint dans les 6 années qui suivirent l'intervention.

Les 10 autres, jugés inopérables furent traités par radiothérapie seule.

- 10 ont été considérés guéris par les auteurs. Mais à la vérité, la survie n'a été précisée que dans deux cas seulement où elle fut de l'ordre de 5 à 7 ans.

Ces 10 cas, tous traités chirurgicalement comprennent: 5 fibrosarcomes, 1 sarcome kystique, 1 liposarcome, et 3 sarcomes de variété anatomique non précisée.

Ajoutons ici, l'observation d'un lymphosarcome mésentérique guéri avec un recul de plus de 8 ans (Obs. 6)

De nos malades, un seul, (Obs. 5) est actuellement en vie un peu plus d'une année après extirpation d'un lymphosarcome.

Chez un autre malade, (Obs. 3) le sarcome ne fut découvert qu'à la vérification nécropsique.

Restent trois malades qui furent traités, l'un par la chirurgie, les deux autres par la cobaltothérapie en raison de l'inopérabilité de leur tumeur (fibrosarcome et réticulosarcome) et qui décédèrent tous trois, soit dans les suites opératoires immédiates (Obs. 2) soit dans les semaines (Obs. 4) ou années (4 ans; Obs. I) ayant suivi la mise en route du traitement radiothérapique.

C O N C L U S I O N

A propos de six observations de sarcome du mésentère, nous avons effectué une revue générale de la littérature et avons particulièrement analysé plus de la moitié des cas publiés soit environ 85.

Eventualité rare d'une manière générale, les sarcomes semblent moins fréquents que les autres tumeurs solides du mésentère, notamment les fibromes et les lipomes.

L'étiopathogénie reste actuellement obscure. Cependant on a pu noter la nette prédominance masculine, la plus grande fréquence dans la seconde moitié de la vie, la quasi exclusivité des lymphosarcomes chez le jeune enfant, l'intérêt de certaines associations pathologiques.

La tumeur siège entre les deux feuillets du mésentère à distance ou à proximité de l'anse grêle adjacente, ou encore dans la racine d'insertion d'où elle peut gagner éventuellement la région rétropéritonéale.

Histologiquement, les plus fréquents sont de loin les sarcomes fibroblastiques et les sarcomes de la lignée lymphoréticulaire; viennent ensuite les sarcomes dérivés du tissu conjonctif commun (myosarcome, liposarcome...) et les neurosarcomes.

La symptomatologie est dominée par les douleurs, la tumeur, l'altération souvent rapide de l'état général. Notons par ailleurs des éventualités révélatrices de sarcome: soit une urgence chirurgicale (occlusion, péritonite ...) soit une hémorragie intestinale (qui soulève des problèmes pathogéniques).

Les explorations radiologiques, du grêle particulièrement, peuvent être d'un grand secours lorsqu'elles montrent des signes essentiellement indirects tel qu'un refoulement segmentaire ou massif du grêle ou une compression extrinsèque d'une des anses.

Il en est de même de la laparoscopie.

La diversité des aspects cliniques réalisés par les sarcomes du mésentère explique la multiplicité des diagnostics qui ont pu être soulevés avant l'action opératoire : tumeurs abdominales de toutes origines, et en l'absence de tumeur palpable, les diagnostics les plus variés tels : ulcère gastrique, appendicite, péritonite tuberculeuse... Reste un dernier diagnostic différentiel à bien connaître qui peut poser des problèmes ardues tant au clinicien qu'à l'anatomo-pathologiste, celui des adénites mésentériques à forme pseudo-tumorale.

La thérapeutique est des plus décevantes.

Malgré la chirurgie qui reste le traitement de choix, malgré les agents physiques ou chimiques associés à l'acte opératoire ou se substituant à lui en cas d'inopérabilité, les récidives sont la règle ; les survies prolongées demeurent l'exception.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur M. ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

1. - AHLSTROM. E.

Hygiea. Stockholm. 1922 84 (417)
A case of sarcoma of the mesentery.

2. - ALAVA. P and VASQUEZ. L.

Delaware State M. J. Mars 1947 19 (45-47)
Fibrosarcoma of mesentery.

3. - ALBERTELLI JF, LOLLINI RO y PIOVANO..AE.

Dia medico. Buenos-Aires. Oct. 1956 (2245-2252) Tumores
del mesenterio : un caso de fibrosarcoma del mesenterio.

4. - BEAUJON Oscar.

Boletin de la sociedad venezolana de cir. Ano 4. Julio de
1948. Tomo II n°14 (4) Fibrosarcoma del mesenterio.
Gazeta medica. Caracas 1953. 61 (170-185)
Reticulosarcoma del mesenterio.

5. - BELL G.

Med. journ. Australia. Sydney. Avr. 1923 vol. I (375-378)
A case of sarcoma of the mesentery. Successful removal
involving resection of the ascending colon and 237,5 cm
of the ileum with pathological report.

6. - BENEDICT RB.

Annals of surgery 1946 124 (519-523)
Liposarcoma of mesentery.

7. - BERGARECHE J.
Arch. de med., cir. y espialid. Nov. 1931 34 (1017)
Fibrosarcoma del mesenterio.
8. - BEST CN., COOK PB.
British med. journ. AOUT 1961 5250 (496-498) Case of mesenteric reticulosarcoma associated with gluten sensitive steatorrhoea.
9. - BORDEIANU I.
Rev. de CHIR. Bucuresti Juillet-Août 1933 36 (262-264)
Volumineux sarcome mésentérique prolabe dans le pelvis, cause d'occlusion intestinale.
10. - BIGELOW LL. and FORMAN J.
Annals of surgery 1920 71 (11-15)
Lymphosarcoma of the mesentery.
11. - BOUDIN. G.
Concours médical 10 Fev. 1962 (777) Syndrômes paranéoplasiques : Manifestations hématologiques et affections malignes.
12. - BUSSALEN Alejandro
Revista medical del hospital Obrero Mars-Juin 1952 I (47-53)
Lymphosarcome mésentérique simulant une tumeur d'origine génitale.
13. - CARTOLARI M.
Gazz. di ospital Mars Mars 1922 43 (271)
14. - CASTELLANO T, ALLENDE J M, VERDE L y NUNEZ C.
Arch. argent. de enferm. d. ap. digest. y de la nutricion.
Oct. - Nov. 1932 8 (5-18)

15. - COLOMBO AL, TONIOLO F A.

An. d. Hosp. ninos Inst. puericultur. de Rosario 1943
(131-141) Lymphosarcoma del mesenterio.

16. - CREYSEL, GAILLARD, SAUTOT

Lyon chirurgical 1946 41 Leiomyosarcome mésentérique

17. - CURTIS and DUNNING

American journ. of cancer Nov 1940 3 (299-309)
Lymphosarcome transplantable des ganglions lymphatiquesmesenteriques du rat.

18. - DEGALDO CORREA B, VOLPE A.

Arch. latino-am. de pediat. Fev 1929 23 (89-94)
Lymphosarcoma del mesenterio.

19. - DELANNOY, MARTINOT et SOOTS

Lyon chirurgical Mai 1958 54 (394-404)
Sarcomes du mesentère et des mésocolons.

20. - DELRIO JM, RAHAZZI P, MIZLER A.

Bol. Soc. cir Buenos-Aires Août 1955 39 (386-401)
Leiomyosarcomes : trois observations.

21. - DERECHIN WN, WOLFE S.

Canada med. associat. jour. 1956 75
Leiomyosarcome du mésentère

22. - DIAZ Y RIVERO

Gac. med. de Caracas Dec 1933 40 (357)
Sarcoma del mesenterio.

23. - DOLERIS

"La gynecologie" Avril 1904 (108)
Sarcome kystique du mésentère et fibromatose

24. - de ELIZALDE PI, MEDEROS J.

Semana medica Juin 1925 32 I (1405-1409) sarcoma del
mesenterio en un lactante de doce meses.

25. - EWING N.

Neoplastic diseases Edit. 1928 190 (254)

26. - FALALA EF.

Thèse Lille 1928

Etude sur les fibromes du mesentère.

27. - FEIN BT, SCHULMAN JBL.

J.A.M.A. 22 Sept. 1951 147 (316-318)

Reticulum cell sarcoma. Case with pronounced febrile
manifestations.

28. - FONTANA Pier, Francisco

Bologne 1959 I vol. Cappeli édit. Le cisti e i tumori
primitivi del mesentere

29. - FONTANA

Torino Avril 1955

Lymphosarcome du mésentère avec métastases hépatiques
chez l'enfant.

30. - FORNERO A.

Arch. di ostet e ginec Dec 1927 14 (593-620)

Sarcome du mésentère simulant une tumeur de l'utérus avec,
secondairement, perforation intestinale.

31. - GRAPIOLO y PALAZZO

Rev. sud-am. dz Endocrino. Août 1933 16 (627)

Lymphosarcoma del mesenterio

32. - GREER KC.

British jour. of Surg. 1949 36 (432-433)
Sarcome diffus du peritoine.

33. - HARBITZ F.

Arch. int. med. 1903 3 (32) Multiple neurofibromatosis

34. - HARRIS and HERZOG

Annals of surgery 1897 26 (66) Solids tumors of mesentery

35. - HART John

Annals of surgery 1936 104 (184) Solids tumors of mesentery.

36. - HERZOG

Journ. of an. med. associat. 1899 32
Lymphosarcoma of mesentery

37. - HILLEMAND P., ROUX M., DELAVIERRE Ph., FAYARD D

Arch. mal. app. digest. 1962 (sous presse)
Les sarcomes primitifs du mésentère proprement dit
A propos de six observations.

38. - JEANNENEY A., PETGES, SOUBIRAN

Journ. med. de Bordeaux Juil. 1938 115 (95-97)
Fibrosarcome du mésentère et neurogliomatose de Recklinghaus-
sen.

39. - JEUTZER, FATZER

Schweitz. med. Wehnschr Juin 1937 67 (569-572)
Ganglioneurofibrome du mésentère et de l'intestin avec
transformation maligne.

40. - JOYEUX R., COURTY A et BERTRAND L.

Semaine des hopitaux Paris 1951 27 (1008-1011) Lymphosarco-
mes iléo-mésenteriques. Essai de traitement par l'ypérite
nitrée.

41. - JUDD ES, CRISP KW.

Proceedings of the Staff meetings of the Mayo clinic Sept
1932 7 (555) Primary of mesentery.

42. - KAARSTAD J.

Norsk mag. f. Laegevidensk Av. 1932 93 (418-420)
Sarcome du mésentère avec formation kystique.

43. - KARNITSCHNIGG H.

Klin med. 1950 5 (202-204)
Ueber zwei falle von mesenterial sarkom

44. - KIDD F.

Proc. Roy. Soc. med. Lond. 1922-23 16 Sect. surg. (86-88)
Case of large spindle-celled sarcoma arising in the mesen-
tery of a coil of ileum successfully removed at operation.

45. - KONE Amadou

Thèse Paris 1957
Les kystes mésentériques de l'enfant.

46. - KONIG

Munchen med. Wechnschr. 1906 53 (33)
Fibrosarcome du mésentère.

47. - KUBO

Mitt. a d. med. acad. zu Hioto 1934 II (302)
Ostéosarcome du mésentère.

48. - LAFFARGUE P, BOURGEON R, EISENBETHR.

Arch. mal. app. digest. Mars 1951 40 (273-279)
Réticulofibromatose intestinale.

49. - LAURENCE G.

Rev. du Prat. I Fev. 1962 (347-367)

- Adéno-lymphites mesentériques et phénomènes de Reilly.
- Aspects cliniques des adéno-lymphites mésentériques.

50. - LAUZER R.

Union médicale du Canada Oct. 1947 (1188-1190)

Réticulosarcome mésentérique.

51. - LESLIE, BIGELOW LL, SCOTT E, OBENOUR SW.

Annals of surg. Juin 1928 87 (879-882)

Lymphosarcoma of the mesentery.

52. - LOPEZ F.

Rev. cubana Gastro-enterology 1953 3 (122-131)

Neurinosarcome du mésentère.

53. - MANSON JMS.

Brit. journ. of Surg. Jan 1951 38 (394-396)

Liposarcoma of mesentery, rare cause of intestinal obstruction.

54. - MARIN M, NICOLAS R, MUNARI J, AVERSANO A,

El dia medico 1942 14 (138)

Tumeurs malignes primitives du mésentère

55. - MASSACHUSETTS

General hosp. case records

New England med. journ. Mai 1948 238 (779-781)

Lymphome malin du mésentère.

56. - MASSARENTI M.

Clinica Bologna 1956 16 (239-254)

Liposarcomes multiples localisés dans le grêle et le mésentère.

57. - MASUMOTO K.

Tr. jap. path. soc. 1931 21 (844-845)

Fibrosarcome du mésentère

58. - MATHE G. BERNARD J.

Entretiens de Bichat Paris 1958 Tome thérapeutique (132-133)

Traitement du réticulosarcome, du lymphosarcome et de la
maladie de Brill-Symmers.

59. - MATTHAES.

Deutsche Ztschr. f. chir. 1930 224 (98-102)

Sarcome primitif du mésentère.

60. - MERY J-PH.

Thèse Paris 1960

Contribution à l'étude des lymphosarcomes du tube digestif
chez l'adulte.

61. - MISASI M.

Pediatrics Napoli 1923 31 (1228-1235)

Un caso di sarcoma del mesentere.

62. - MOLLARET H.

Rev. du Prat. I Fev 1962 XII 4 (391-405)

Adéno-lymphites mésentériques aiguës : étiologie.

63. - MOULONGUET P.

Ann. d'Ana-Path. Jan-Mars 1960 5 (70-85)

64. - NOSSEN H.

Beitr. Hlin. chir. Tubing 1924 132 (551)

Über tumoren des mesenterium

65. - OLMEDO F, FERRARIS LV, AGUIRRE C.

Bol. y trab. soc. de cir de Cordoba 1945 vol. 6 (250-271)

Lymphosarcome du mesentère jéjunal.

66. - OLMER J, MONGIN J, MURATORE R, DENIZET D

1 vol. Masson Edit. 1961

Myelomes, macroglobulinémies et dysglobulinémies voisines.

67. - ORRICO J, MOYANO NAVARRO B.

Arch. latino-am. de Pediatria

Buenos-aires 1924 18 (247-254)

Contribucion clinica al estudio de los sarcomas del mesenterio.

68. - ORTIZ J O, SANDOVAL H.

El medico 1956 5 (213-218)

Lymphosarcome du mésentère

69. - OTTOBRINI COSTA M.

Rev. de la associacao paulista de med. Mai 1936 8 (293-306)

Enorme sarcome lymphoblastique chez un enfant de cinq ans.

70. - PEACOCK P R, BECK S.

British journ. exp. Path. AOUT 1943 vol. 29 (143-146)

Multiple sarcoma in rats following ingestion of heated lard

71. - PHILLIPS HA.

British journ. of surg. Avril 1934 vol. 21 (637-649)

Fibrosarcoma of mesentery

72. - PIERAGNOLI E, ZAMPI G.

Archivio de Vecchi 1953 19 (637-677)

Néoplasie primitive du mésentère et des mésos péritonéaux.

73. - PINTOS CM, MURTAGH JJ

Semana med. Nov. 1932 vol. 2 (1531-1535)

Volumineux lymphosarcome du mésentère chez un enfant de deux ans et demi.

74. - PRESNO ALBARRAN JA, PEREZ MONTES F.

Rev. de Med. y Cir. Habana Juil. 1947 vol. 52 (329-363)

Sarcome neurogénique abdominal avec rappel de cas analogues.

75. - RABINER PS

Klin. med. III 1953 31 (54-55)

Tumeurs solides du mésentère

76. - RACHET J, BUSSON A, DEBRAY Ch.

I vol. Flammarion Edit. 1954

Maladie de l'intestin et du péritoine

77. - RAMSELAAR CG.

Nedirl. tijdschr. v Geneesk Mai 1930 vol. 74 (2392-2394)

un cas de sarcome du mésentère

78. - RAMSON HK and KAY EB.

Annals of surgery 1940 II2 (700)

Néoformations abdominales d'origine neurogénique.

79. - RANKIN FW, MAJOR SG.

Surg. gynecol. obst. Mai 1932 54 (809-817)

Tumors of mesentery

80. - RAVID JM, SACHS J

Am. Heart J. Sept. 1943 26 (385-397)

Tumors of heart, with report of primary fibromyxosarcome of left auricle and pulmonary vein associated with multiple tumors of mesentery and alimentary tract.

81. - RICHMAN S. GOODMAN H. , RUSSI S.
Gastro-enterology Avril 1955 28 (623-633)
Lymphosarcome du grêle et de son mésentère.
82. - ROUSSY Y. LEROUX R. OBERLING G
Précis d'ana-path. Masson 1950
83. - ROUVIERE H.
Anatomie humaine descriptive et topographique
Masson Edit. Paris 1954
84. - ROYSTER
Journ. of american med. associat. 1911 vol. 57 (534)
Tumors of mesentery
85. - SALA SANCHEZ J.
Ann. de Pediat. Nov. 1953 2 (627-641)
Contribution à l'étude de la lymphosarcomatose intestinale
et mésentérique chez les enfants.
86. - SALERA U. COPPOLINO L. CANNATA D. SERAFINI NA.
Reforma med. 24 Dec. 1960 74 (1505-1513)
Spruetic syndrom caused by reticulosarcoma of the mesen-
teric lymph nodes. Clinical contribution.
87. - SCHROEDER Ern.
Thèse Nambourg 1917
A propos des tumeurs mésentériques avec un cas de fibro-
sarcome du mésentère.
88. - SCHURER-WALDHEIM F.
Arch. Klin. chir. Berl. 1926 140 (601-607)
Ein fall von cystischem sarkom von mesenterium.

89. - SHAPIRO MJ, HORVITZ M.

Amer. journ. of surgery Juillet 1943 61 (132-135)
Solitary neurogenic sarcoma. Review of literature and report
of case.

90. - SIMÕES TRICAO M.

Med. contemp. Mars 1931 49 (73-76)
Sarcoma of mesentery.

91. - STOJANOVIC WK, RASOVIC LJ, GERZIC Z.

Acta. chir. Jugosl. 1960 7 (21-27)
Sarcome de l'intestin grêle et de son mésentère.

92. - TALICE RV, PICK F, PEREZ MOREIRA L.

An. fac. med. Montévidéo 1954 39 (207-224)
Attempts of biotherapy of human malignant tumors by means of
trypanosoma cruzi. Intraperitoneal inoculation in case of
primary mesenteric lymphosarcoma. 4 cases.

93. - THOERMER HJ.

Brun. Beitr. Klin. chir. 1960 200 (301-312)
Aspects cliniques et pathologie du sarcome mésentérique.

94. - TOLENTINO

Minerva med. Pediat. Dec. 1951 3 (747-750)
Sarcome du mésentère avec dysprotidémie et ascite pseudo-
chyleuse.

95. - VANCE J.

Annals of surg. 1906 43 (366) Solids tumors of mesentery.

96. - VILLANUEVA A.

La seman medica 1951 I (780) Tome XXII
Un cas de myxoliposarcome du mésentère

97. - WASER B.

Schweitz med. Wchnschr. Août 1923 53 (755-758)

Primaires spindelzellsarkom des mesenterium.

98. - WERNER, GROSS, WEYER

Arch. f. klin. chir. 1954 278 (425)

Aspects cliniques des tumeurs mésentériques.



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-92